

Uchwała.....z dnia.....

1 Nr rejestru

2 Data wydania

3.Nr zaświadczenia

4 Seria i numer dokumentu

WNIOSEK O WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE

.....
nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych

Nazwisko i imię (imiona):

Nr PESEL:

Numer prawa wykonywania zawodu:

Miejscowość, data Podpis

W celu dokonania odpowiedniego wpisu w zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu, należy oryginał zaświadczenia dołączyć do wniosku.

Załącznik:

- uchwała o wykreśleniu z okręgowego rejestru dotychczasowej okręgowej izby

Potwierdzenie odbioru zaświadczenia oraz oświadczenie

Niniejszym potwierdzam odbiór:

- zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria Nr
- uchwały nr z dnia

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, ze zm.), **zobowiązuję się do:**

- postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu,
- sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
- regularnie opłacać składkę członkowską (nie dotyczy osób zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych).
- z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuje się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Data Podpis

Pouczenie: Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

**ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY* DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE**

CZEŚĆ 1³

DANE OSOBOWE																
Nazwisko			Imiona													
PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ⁴			Kraj wydania dokumentu													
Data urodzenia	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				-			-					Miejsce urodzenia	Miejscowość		
		-			-											
Numer pzw ⁵	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												Gmina			
					Województwo											

CZEŚĆ 2⁶

A. Zmiana **Bez zmian**

Imię drugie		Nazwisko poprzednie											
Nazwisko rodowe		Płeć											
Imię ojca		Imię matki											
Posiadane obywatelstwa		NIP (jeżeli został nadany)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
		Stosunek do służby wojskowej (w przypadku obywateli RP) – właściwe zaznaczyć znakiem X	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy										
			<input type="checkbox"/> Uregulowany										
	<input type="checkbox"/> Nieuregulowany												

B. Zmiana **Bez zmian**

DANE TELEADRESOWE									
Adres zameldowania									
Ulica		Numer							
Kod	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			-				Miejscowość	
		-							
Gmina		Powiat							
Województwo		Kraj							
Poczta									
Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania)									
Ulica		Numer							
Kod	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			-				Miejscowość	
		-							
Gmina		Powiat							
Województwo		Kraj							
Poczta									
DANE KONTAKTOWE									
Telefon		Telefon kom.							
Adres e-mail									

C. Zmiana **Bez zmian**

* Niepotrzebne skreślić

³ Wypełnia się w przypadku zgłoszenia i zgłoszenia aktualizacyjnego

⁴ Wypełnia się w przypadku braku numeru PESEL

⁵ W przypadku posiadania prawa wykonywania zawodu

⁶ Wypełnia się tylko te pole, które uległy zmianie, zaznaczając X pole „Zmiana”

DANE ZAWODOWE		
Numery poprzednich zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i daty wydania		
Zagraniczne prawo wykonywania zawodu	Kraj zagranicznego prawa:	
	Symbol zagranicznego dokumentu:	
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu		

D. Zmiana Bez zmian

DANE O STAŻU PODYPLOMOWYM			
Nazwa firmy/podmiotu pełna			
NIP		Regon	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Data rozpoczęcia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data zakończenia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

E. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

F. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
		Uzyskany tytuł zawodowy	
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana		
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa/położnictwa		
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G. Zmiana Bez zmian

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

H. Zmiana Bez zmian

DANE O KURSACH			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
Organizator:			
Zakres / uwagi:			

I. Zmiana Bez zmian

Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nazwa organu nadającego stopień:

J. Zmiana Bez zmian

Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nazwa organu nadającego tytuł:

K. Zmiana Bez zmian

DANE O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA ZAWODU	
Data rozpoczęcia: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data zakończenia: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

L. Zmiana Bez zmian

DANE ZAWIESZENIU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU	
Data rozpoczęcia: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data zakończenia: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

M. Zmiana Bez zmian

INFORMACJA O UZYSKANYM WPISIE DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ		
Data uzyskania wpisu	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Numer księgi

Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
3. Adres siedziby administratora danych 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, ze zm.), **zobowiązuję się do:**

- postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu,
- sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
- regularnie opłacać składkę członkowską (nie dotyczy osób zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych).
- z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuje się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Data Podpis wnioskodawcy.....

Pouczenie: Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

Załączniki:

1. Ksero dowodu osobistego - oryginał do wglądu.
2. Ksero zaświadczenia o odbytych stażach podyplomowych - oryginał do wglądu.
3. Ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje.
4. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia).

WKŁADKA DODATKOWA, DLA OSÓB AKTUALIZUJĄCYCH W PRZYPADKU WIĘKSZEJ ILOŚCI DANYCH O WYKSZTAŁCENIU, ZATRUDNIENIU I SPECJALIZACJI.

E 2. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU						
Stanowisko						
Data zatrudnienia, od:		do:				
Nazwa firmy pełna:						
Typ zakładu	<input type="checkbox"/>	Publiczny	<input type="checkbox"/>	Niepubliczny	<input type="checkbox"/>	Inny
Numer telefonu			Fax			
NIP			Regon			
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)						
ul. / nr / nr lokalu						
Miejscowość			Województwo			
kod pocztowy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Poczta

E 2. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU						
Stanowisko						
Data zatrudnienia, od:		do:				
Nazwa firmy pełna:						
Typ zakładu	<input type="checkbox"/>	Publiczny	<input type="checkbox"/>	Niepubliczny	<input type="checkbox"/>	Inny
Numer telefonu			Fax			
NIP			Regon			
Podtyp firmy (szpital, przychodnie, dps, medycyna pracy, itp.)						
ul. / nr / nr lokalu						
Miejscowość			Województwo			
kod pocztowy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Poczta

F 2. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
Uzyskany tytuł zawodowy			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana		
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa/położnictwa		
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
Uzyskany tytuł zawodowy			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana		
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa/położnictwa		
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
Uzyskany tytuł zawodowy			
<input type="checkbox"/>	pielęgniarka / położna		<input type="checkbox"/>
			pielęgniarka / położna dyplomowana
<input type="checkbox"/>	licencjat pielęgniarstwa/położnictwa		<input type="checkbox"/>
			magister pielęgniarstwa/położnictwa
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G 2. Zmiana Bez zmian

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	

Krosno, dnia20.....r.

**OŚWIADCZENIE
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Świadomy/ a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam,

że:

wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie moich dobrowolnie podanych danych zawartych w dokumentach składanych w związku z przynależnością do ORPiP dla potrzeb niezbędnych dla jego realizacji i dokumentacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Jednocześnie oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem tak zebranych danych jest OIPiP w Krośnie;
2. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celach ewidencyjno-szkoleniowych w NIPiP w Warszawie oraz w OIPiP w Krośnie;
3. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości przynależności na zasadzie członkostwa oraz wsparcia w ramach realizowanych programów szkoleniowo- edukacyjnych;
4. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawienia.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)